67

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Léon BATHIAT

Né à Séclin le 9 Mars 1889
Externe des hôpitaux de Lille
Médecin Aide-Major de 2e classe

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ORCHITE OURLIENNE

SANS MANIFESTATION PAROTIDIENNE

Président : M. HUTINEL, *professeur*

A. MALOINE & FILS, ÉDITEURS
27, RUE DE L'ÉCOLE - DE - MÉDECINE, 27
PARIS 1918

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	N.
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Hygiène et Clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE LE DOCTEUR BATHIAT

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE LILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Professeur de clinique infantile à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur
Officier d'Académie

Au seuil de mes études médicales, ma pensée reconnaissante va à tous ceux qui m'ont guidé et conseillé dans ma carrière.

Je remercie mon père, le Dr Bathiat, des conseils éclairés qu'ils n'a cessé de me donner pendant toute la durée de mes études. Il a été mon premier maître : ses leçons, composées en majeure partie d'observations tirées d'une expérience de plus de trente années, sont encore présentes à ma mémoire. Médecin d'un dévouement inlassable, il n'a pas voulu, malgré son âge, quitter ses malades au moment de l'invasion et souffre encore aujourd'hui avec eux sous le joug ennemi.

Je ne pourrais oublier mes maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Lille.

J'ai été l'externe des professeurs Carlier et Gaudier qui m'ont toujours réservé un accueil bienveillant : qu'ils trouvent ici l'expression de ma très vive gratitude.

Stagiaire, puis externe du regretté professeur Oui, dans son service de l'hôpital de la Charité, je lui dois toutes mes connaissances obstétricales ; je lui garde un sentiment de profonde reconnaissance.

Je remercie M. le professeur Hutinel d'avoir bien voulu accepter la présidence de ma thèse : Qu'il excuse la brièveté de ce travail fait un peu hâtivement par suite des circonstances.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ORCHITE OURLIENNE

SANS MANIFESTATION PAROTIDIENNE

CHAPITRE PREMIER

La maladie ourlienne est une affection connue de toute antiquité. Hippocrate à propos de l'épidémie de Thasos en a donné une description exacte et fait, à ce sujet, une différence bien nette entre la « parotidite épidémique spécifique » et les phlegmaties de cette glande survenant à la suite d'états infectieux et pouvant aboutir à la suppuration. Celse en fait mention dans ses ouvrages.

Jusqu'au XVIII[e] siècle, les auteurs considéraient les oreillons comme une maladie locale, n'atteignant que la glande parotide qui, en raison de son siège superficiel, était exposée plus que tout autre organe aux influences extérieures. On donnait à cette affection les noms de parotidis polymorpha, de cynanche parotidea, d'angina maxillaris, de parotidite idiopa-

thique ou épidémique : mais ces dénominations avaient toutes le défaut d'accorder à la tuméfaction parotidienne une importance trop exclusive.

Des études approfondies ont été faites sur la nature étiologique de cette affection qui nous est actuellement bien connue. A l'ancienne théorie de l'inflammation de la glande parotide on oppose celle de la maladie générale. Il est maintenant démontré que les oreillons ont l'allure clinique d'une maladie infectieuse et générale et se comportent comme telle. En effet « la multiplicité, l'ubiquité et le caractère essentiellement fluxionnaire de ses déterminations, son épidimicité, sa transmissibilité manifeste, l'immunité enfin conférée par une première atteinte portent témoignage que les ourles ne sont pas une simple inflammation de la parotide, mais une maladie générale relevant d'une cause évoluant dans l'organisme tout entier d'une maladie spécifique » (Kelsch). L'efficacité du salicylate de soude, médicament véritablement antiseptique, vient en faveur de cette hypothèse.

On peut donc définir les oreillons, une maladie générale, infectieuse, spécifique, contagieuse et épidémique, caractérisée par sa localisation habituelle sur la glande parotide. La dénomination de fièvre ourlienne est celle qui répond le mieux à cette définition.

La maladie peut cependant intéresser d'autres organes de l'économie : c'est ainsi que les glandes sublinguales, sous-maxillaires, testiculaires, l'ovaire,

la mamelle, etc..., peuvent participer au processus infectieux.

Ordinairement secondaires à l'envahissement de la parotide, quelquefois même primitives, ces localisations peuvent exister à l'exclusion de toute autre.

L'orchite, rare chez l'enfant où la glande n'a pas encore d'activité physiologique, est très fréquente chez le jeune homme et surtout chez le militaire. Comby relève pour 669 cas militaires 211 orchites, soit un peu plus d'un tiers.

La tuméfaction parotidienne s'accompagne souvent de tuméfaction des glandes sous-maxillaire, sterno-mastoïdienne, et génienne (Catrin).

Rillet, Fournier Laghi, Peter citent des cas de fluxion des grandes lèvres et même de la glande vulvo-vaginale au cours des oreillons. Chez l'homme on a signalé des cas d'uréthrite et même de prostatite coexistant avec une orchite ourlienne (Barthez, Gosselin, Comby). Trenel signale la fluxion de la mamelle dans les deux sexes et Rillet l'a même vue chez un soldat s'accompagner de saillie des tubercules de Montgoméry avec issue de liquide séreux par le mamelon.

Enfin la glande lacrymale, d'après Karth, la conjonctive et le corps thyroïde, d'après Gueillot, ont pu participer à l'infection.

Successives ou contemporaines ce sont des infections multiples d'organes, différents sans doute, mais tous du type glandulaire, résultant évidemment

d'une infection générale charriée dans le sang et localisée ensuite en certains points.

De même que l'on voit dans une septicémie pneumococcique le pneumocoque envahir les méninges sans s'arrêter au préalable dans les poumons, de même on voit l'agent pathogène dans les oreillons s'arrêter dans le testicule avant de gagner la parotide.

Comby a observé un cas d'orchite avec prostatite deux jours avant l'apparition de la tuméfaction parotidienne chez un homme de vingt-neuf ans.

En 1899, lors d'une épidémie, London-Edwars à vu quatre cas où l'orchite précéda de deux à trois jours la fluxion parotidienne.

Lynch, Rizet, Bérard, Boyer, Vidal, Plagneux citent des cas analogues.

De même Rilliet, Trousseau, Fabre (de Commentry) ont pu noter des oreillons sous-maxillaires précédant le gonflement parotidien.

Il existe enfin des cas frustes d'oreillons où la localisation parotidienne n'existe pas.

Fabre, lors d'une épidémie qui atteignit plus de 700 personnes constata la localisation sous-maxillaire et deux fois à l'exclusion des parotides. Lavéran et Comby relatent dans leurs ouvrages des faits du même genre.

Quant à l'orchite parotidienne sans manifestation parotidienne, elle fera l'objet des chapitres suivants.

Dans ces dernières années on a pu noter des cas

abortifs qui auraient passé inaperçus si les personnes atteintes n'avaient transmis à leur entourage des oreillons types : on ne constatait pas de tuméfaction parotidienne ni d'autres glandes d'économie : on était en présence de troubles gastro-intestinaux, avec fièvre plus ou moins intense. Ces cas sont importants à signaler par suite de la contagion possible.

CHAPITRE II

L'orchite peut être l'unique manifestation des oreillons et évoluer parfois sous forme épidémique. Elle peut même être le point de départ d'épidémies d'oreillons à manifestations parotidiennes.

Depuis la connaissance exacte de l'étiologie des oreillons, l'orchite n'est plus considérée comme une complication : elle est une simple localisation du processus infectieux.

Les observations d'orchite ourlienne sans manifestation parotidienne ne sont pas très nombreuses : Heller en 1880 signale dans une épidémie survenue à Dantzig 19 orchites sans oreillons sur 29 orchites ourliennes. Boyer, Debize, Vidal, Jacob, Sorel, Servier, Chamoin, Jourdan, Laveran, Lauterbach en citent des cas exceptionnels : de même Kowacs en 1890.

J'a pu recueillir deux observations parmi quelques cas d'oreillons survenus en campagne chez des sapeurs du génie.

Ces cas sont peut-être plus nombreux qu'on ne pense si l'on fait rentrer dans la catégorie d'oreillons frustes les faits d'orchites aiguës sporadiques sur la

nature desquels le médecin ne peut se prononcer. Peut-être même faudrait-il rapprocher de ces cas ceux que Verneuil et Joal ont décrits sous le nom d'orchites amygdaliennes et dans lesquelles, au cours d'angines, se sont manifestées des complications testiculaires,

L'orchite ourlienne est presque toujours unilatérale du moins au début : bilatérale elle est d'un pronostic sérieux, l'atrophie consécutive entraînant presque fatalement la stérilité.

Le début est variable. Très souvent, avant l'apparition de la tuméfaction testiculaire le malade se sent pris de malaises, de céphalée, d'anorexie, de courbature. Sa langue est saburrale, traduisant l'atteinte générale de l'organisme. La température s'élève rarement au-dessus de 38 degrés 38° 5 : le pouls marche de pair.

Quelquefois on est en présence de symptômes graves et alarmants : tantôt la maladie simule une fièvre typhoïde avec délire, épistaxis, diarrhée, carphologie : la température est alors très élevée (40°, 40°, 8, 41 degrés) : tantôt l'état adynamique prédomine : le pouls est petit, fréquent, le visage est grippé, le nez pincé, les extrémités se refoidissent.

Quelquefois les signes locaux seuls attirent l'attention du médecin.

Le signe révélateur est la douleur qui est plus ou moins intense ; c'est une sensation de lourdeur, de pesanteur au niveau du testicule intéressé, avec tiraillements le long du canal inguinal. Cette dou-

leur est continue avec exarcerbations qui forcent le malade à éviter le moindre mouvement : elle s'irradie vers le canal inguinal, les lombes, l'hypogastre. Un ou deux jours après la tuméfaction a atteint son acmé, le scrotum est rouge, luisant, tendu, la température locale est élevée, la palpation montre le testicule considérablement augmenté de volume : il est doublé, triplé. La tunique vaginale réagit en produisant une certaine quantité de liquide qui peut masquer les contours de la glande. Il est alors parfois difficile de faire la part de l'épididyme et de la glande.

Pour la majorité des auteurs, pour Grisolle notamment, l'épididyme est toujours intacte : Sorel, Antony et Catrin l'on vue participer à l'infection ; selon Comby, l'orchite peut frapper aussi bien l'épididyme que la glande.

Dans les deux cas que j'ai pu observer, il y avait orchi-épididymite.

Il semble cependant que dans la plupart des cas observés la lésion intéresse plus particulièrement la glande elle-même. On a pu observer de l'adénite inguinale correspondante.

OBSERVATION I

A... Joseph, vingt-sept ans.

Employé avant la guerre comme terrassier-poseur à une compagnie de Chemin de fer, aujourd'hui sapeur au 5e régiment du génie.

Il se rend à la visite médicale le 29 juillet 1917 pour douleurs et tuméfaction de la région scrotale droite.

Le scrotum est rouge, distendu.

La palpation ne permet pas, par suite de la présence de liquide dans la séreuse vaginale de délimiter le testicule. Après six jours de repos au lit, le liquide ayant notablement diminué, on constate que l'épididyme et la glande sont toutes deux intéressées, et douloureuses à la pression.

Pas de température. L'état général est bon. Le malade n'est pas syphylitique, il nie toute blennorragie. Il n'a jamais contracté les oreillons.

Sa mère vit encore et jouit d'une excellente santé. Son père est mort, victime d'un accident de travail.

Il a eu quatre frères et trois sœurs. Deux de ses frères sont morts, l'un à la suite d'un accident, l'autre après son service militaire, probablement de tuberculose pulmonaire. Une de ses sœurs, soignée à l'hôpital durant de longs mois est morte à vingt sept ans, semble-t-il de la même maladie.

Lui ne présente aucune trace de tuberculose interne ni externe. Les sommets pulmonaires sont normaux. Le toucher rectal montre une prostate intacte et des vésicules séminales indolores.

La guérison complète a été obtenue en trois semaines à la suite d'applications locales d'onguent mercuriel belladoné, le repos et le port d'un suspensoir. Le 20 août le sapeur reprenait son service.

Examiné à nouveau le 15 décembre le testicule avait subi une atrophie notable : de consistance plus molle, il avait un volume moitié moindre que le testicule gauche.

OBSERVATION II

V... Alfred, vingt-quatre ans, 5e régiment du génie.

Vient à la visite médicale le 27 août 1917, pour orchite gauche.

A l'inspection le scrotum est rouge, tuméfié, présentant une température locale supérieure à la normale : il est le siège d'une secrétion exagérée des glandes sébacées.

La palpation montre le testicule correspondant doublé de volume, très douloureux à la pression. On arrive cependant malgré la douleur, et bien qu'une petite quantité de liquide gêne l'exploration, à apprécier l'état du testicule : l'épididyme et la glande sont également prises.

Le cordon est intact · il n'est pas douloureux. Le testicule droit est normal.

Température: 38 degrés, qui se maintient pendant trois jours avec anorexie et langue saburrale.

Pas de syphilis. Pas d'écoulement urétral : le malade nie toute blennorragie récente ou ancienne. L'urètre, à l'examen, semble d'ailleurs intact : les lèvres du méat ne sont pas collées.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel digne d'être signalé. Le malade a encore ses parents qui, tous deux, jouissent d'une bonné santé : ses quatre frères et sœurs sont bien portants.

Lui-même, exerçant avant la guerre le métier de charpentier, n'a jamais été malade, n'a jamais eu les oreillons.

L'examen des sommets pulmonaires ne décèle aucune trace

de tuberculose. Sur le corps aucune cicatrice suspecte. Le toucher rectal montre une prostate normale.

Trois semaines de repos, l'application d'onguent mercuriel belladoné ont suffi pour amener la guérison complète.

Un nouvel examen pratiqué trois mois après montre que le testicule a repris son volume normal et n'a pas subi d'atrophie.

Dans ces deux observations, il n'est pas douteux que l'orchite soit d'origine ourlienne.

Les 6, 25, et 26 juillet 1917, trois sapeurs de la compagnie furent évacués sur un hôpital de contagieux pour oreillons typiques avec localisation parotidienne. Je n'ai pu les suivre mais ai appris, après leur convalescence, que deux d'entre eux avaient fait de l'orchite, assez bénigne d'ailleurs.

29 juillet. — C'est-à-dire trois jours après la dernière évacuation, le sujet de la première observation se présentait à la visite médicale avec une orchite. Il a, il est vrai, des antécédents héréditaires bacillaires, mais l'absence chez lui d'écoulement urétral, et de toute manifestation tuberculeuse, l'atrophie consécutive de son testicule sont en faveur de l'origine ourlienne.

La nature ourlienne de l'orchite survenue chez le sujet de la deuxième observation ne saurait être non plus mise en doute, bien qu'elle se soit produite un mois après l'apparition d'oreillons typiques dans la compagnie.

CHAPITRE III

On a peu de renseignements anatomo-pathologiques concernant l'orchite ourlienne. L'examen classique de Reclus et Malassez portait sur un testicule atrophié. Les vaisseaux et le tissu conjonctif, intercanaliculaire étaient intacts : par contre les tubes séminifères grêles étaient transformés en cordons pleins par suite de l'épaississement de leur paroi interne.

D'après Sacquépée on trouve dans le sang dans le cas d'orchite ourlienne une augmentation notable des polynucléaires.

La marche de l'orchite ourlienne est aiguë et rapide. Sitôt la localisation testiculaire déclarée, l'état général s'améliore, la fièvre disparaît : la chute de la température peut, comme dans toutes les maladies infectieuses, se faire brusquement ou alors en lysis.

Localement la glande reste volumineuse pendant quelque temps encore après avoir atteint rapidement son acmé. Puis la tension douloureuse diminue peu à peu : en quinze jours, quelquefois moins, le testicule est revenu à son état normal, anatomi-

quement et physiologiquement. On observe rarement de l'induration et de la suppuration. Cependant le professeur Hutinel a vu un cas d'orchite ourlienne double avec suppuration qui a guéri sans atrophie après incision des deux glandes.

Velpeau considérait cette orchite comme la moins grave de toutes les orchites connues. Il faut faire de sérieuses réserves : la restauration *ad integrum* existe il est vrai, mais il faut qu'on sache que l'orchite ourlienne aboutit très souvent à l'atrophie qui, si elle est double, mène à la stérilité : d'après Laveran on l'observerait dans les deux tiers des cas ; d'après Catrin dans la moitié. Peut-être doit-on aussi distinguer de l'orchite qui produit souvent de l'atrophie, la fluxion testiculaire qui, elle, n'en produit pas.

Pour établir s'il y a atrophie, il faut avoir soin de revoir le malade plusieurs mois après la guérison de son orchite. Elle est annoncée par une mollesse, une sensation anormale du testicule dont la rénitence diminue. Elle s'établit plus tard, ordinairement brusquement et intéresse la glande soit en totalité soit en partie. On peut voir en quelques jours le testicule se réduire du tiers et même de la moitié. Habituellement indolente, elle se complique parfois de douleurs persistantes. Catrin l'a vue s'accompagner de la perte du réflexe crémastérien.

Chez le sujet de la première observation le testicule, trois mois après la guérison, avait subi une notable atrophie : il était réduit de moitié : à la palpation il présentait une certaine mollesse. L'épi-

didyme n'offrait aucun noyau ni à la tête ni à la queue et n'était pas, de même que la glande, douloureuse à la pression.

L'atrophie est due, selon le professeur Hutinel, àun étranglement des tubes séminifères qui, augmentés de volume par suite de l'inflammation, se trouvent à l'étroit dans la loge que leur forme l'albuginée. Le moyen d'éviter l'atrophie serait donc dans les cas d'orchite ourlienne de débrider l'albuginée par une incision sous-cutanée de façon à ce que l'albuginée ne forme plus autour de la glande une coque inextensible. De bons résultats auraient été obtenus par l'application de cette méthode.

CHAPITRE IV

En présence d'une orchite d'emblée sans aucune autre manifestation glandulaire, comment faire le diagnostic d'oreillons ?

Il faut, la plupart du temps, procéder par élimination.

Dans le cours des maladies infectieuses graves on rencontre parfois des orchites : il suffira de savoir qu'elles peuvent se produire dans la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, le rhumatisme et même dans la goutte.

L'orchite traumatique, l'orchite syphilitique secondaire, l'orchi-épididymite aiguë tuberculeuse et surtout l'orchite blennorragique, la plus fréquente de toutes, devront en être distinguées.

Les conditions étiologiques élimineront la première. Un choc quelconque sur le scrotum pour peu qu'il soit violent, y détermine une très grande douleur et peut certainement occasionner une inflammation de l'épididyme et du parenchyme testiculaire, mais il est à remarquer que cette orchite dite traumatique est rare chez les individus sains, si on la compare à la fréquence des traumatismes génitaux ;

il suffit au contraire chez les hommes atteints d'écoulements urétraux du moindre heurt pour donner lieu à une orchi-épididymite. Le traumatisme joue le rôle de cause seconde à la faveur de laquelle le gonocoque, cause première, localisé dans l'urètre, redevient virulent et suivant le canal déférent, envahit le testicule.

Quant à l'orchite syphilitique secondaire, c'est une affection rare qui ne présente d'ailleurs que peu d'analogie avec l'orchite ourlienne. C'est ordinairement une épididymite : on trouve dans la tête de l'organe une nodosité qui est toujours unique, arrondie, très dure et qui ne dépasse pas le volume d'une noisette. Elle est surtout remarquable par son indolence. De plus la totalité de l'épididyme n'est presque jamais prise : enfin la bilatéralité des lésions est assez fréquente. Un examen attentif permettra souvent de découvrir sur le tégument externe ou dans la gorge des stigmates de la syphilis, au cas où le malade nierait une infection première.

L'orchi-épididymite aiguë tuberculeuse diffère sensiblement de l'orchite ourlienne. Il y a tuméfaction, œdème, rougeur du scrotum, augmentation de la température locale et épanchement dans la tunique vaginale. Mais on trouve souvent des noyaux tuberculeux sur l'épididyme du côté opposé et quelquefois le malade a eu connaissance de nodosités analogues placées sur l'organe aujourd'hui malade. Le toucher rectal révèle une prostate augmentée de volume, bosselée et quelquefois des vésicules sémi-

nales douloureuses. Enfin la tuberculisation galopante du testicule détermine très souvent au bout de quelques jours une suppuration de l'épididyme qui se manifeste par un abcès qui s'ouvre à l'extérieur. L'état général du malade est profondément atteint et il n'est pas rare de trouver des signes avérés de tuberculose au sommet de l'un des poumons. Les antécédents héréditaires et personnels sont indispensables pour compléter le diagnostic.

Il sera, je pense, plus difficile de faire le diagnostic avec l'orchi-épididymite blennorragique, affection très fréquente. Outre la fièvre, les phénomènes locaux sont les mêmes. L'infection commence par l'épididyme qui est très douloureuse à la pression et forme autour de la glande ce que l'on a appelé le cimier de casque. Le canal déférent est dur, augmenté de volume et il y a souvent de la péridiférentite. Dans les cas douteux où le malade cependant nie toute blennorragie, l'examen bactériologique du mucus recueilli dans l'urètre permettra de reconnaître la présence de gonocoques et lèvera tous les doutes.

Dans les cas d'orchite ourlienne, la notion d'épidimicité sera d'un très grand secours. En l'absence d'épidémie, le volume de l'orchite, la fièvre à laquelle elle donne lieu, sa préférence pour la glande elle-même et pas pour l'épididyme, sa bilatéralité assez fréquente et l'atrophie qu'elle peut déterminer dans l'organe atteint sont en faveur de la nature ourlienne de l'affection.

CHAPITRE V

Le traitement de l'orchite ourlienne consiste, dans les cas graves, avec fièvre élevée, à imposer au malade le séjour au lit : une planchette doublée d'ouate sera glissée sous les bourses, et pour calmer la douleur, on placera sur le testicule intéressé un sachet de glace avec interposition de flanelle.

Dans les cas bénins, le repos, le port d'un suspensoir, l'application locale d'onguent mercuriel belladoné suffiront. On a beaucoup incriminé l'onguent mercuriel belladoné et on l'a accusé de provoquer de le stomatite hydrargyrique. Employé avec toutes les précautions voulues, c'est un résolutif et un fondant qui rend de réels services dans les phlegmasies des glandes. On a préconisé aussi le stypage au chlorure d'éthyle, les onctions de pommade au salicylate de méthyle et au gaïacol. Les bains de siège, deux par jour, de quinze minutes de durée ont paru donner de bons résultats.

A l'intérieur, l'antipyrine, l'exalgine et surtout le salicylate de soude rendront des services.

On a beaucoup vanté l'emploi du juborandi (2 grammes de feuilles dans 200 grammes d'eau par

vingt-quatre heures) ou des injections sous-cutanées de pilocarpine (1 centgr tous les 2 jours).

L'orchite guérie, il sera bon de faire porter au convalescent un suspensoir bien appliqué et de lui donner un régime tonique prolongé ; bains salés huile de foie de morue, préparations de fer et de quinquina. Contre l'atrophie, on conseillera la noix vomique, les douches périnéales, les bains sulfureux et les courants continus.

CHAPITRE VI

Basée sur une multitude de faits qui en constituent des preuves les plus convaincantes, la notion de transmissibilité des oreillons est aujourd'hui admise par tous. Ceci est évident pour les cas typiques où l'agent pathogène envahit la glande parotide: le virus dont la présence a été démontrée dans les produits d'excrétion de la glande et de la muqueuse bucco-pharyngée peut alors être émis au dehors à la faveur des particules du mucus buccal projetées par la toux, la parole, l'éternuement.

Mais en est-il de même dans les cas d'orchite ourlienne sans aucune manifestation salivaire ?

Théoriquement la localisation du virus sur les glandes non ouvertes à l'extérieur ne devrait pas présenter grand intérêt pour la contagion puisque le germe supposé ne peut être émis dans le monde extérieur, mais nous avons vu que les oreillons n'étaient pas une maladie locale mais générale avec présence dans le sang du microorganisme. L'orchite peut n'être que la première manifestation de l'infection ourlienne qui se localisera ensuite sur d'autres glandes ouvertes telles que la parotide. De plus la localisation

parotidienne a pu exister, mais, fugace, elle a pu passer inaperçue. Très souvent, même, dans ces cas de non participation des glandes salivaires, on a retrouvé dans le mucus pharyngé le microorganisme supposé.

Ces sujets atteints d'oreillons, frustes, atypiques, peuvent communiquer à leurs camarades des oreillons typiques.

Des mesures prophylactiques doivent être mises en vigueur pour empêcher la contagion.

Le foyer infectieux essentiel du contage est constitué avant tout par l'homme malade qui le dissémine autour de lui à toutes les périodes de la maladie.

Quand un cas d'oreillons frustes est diagnostiqué dans une famille, l'isolement du malade est de rigueur : la désinfection des vêtements, du linge contaminé par le malade doit être pratiqué.

Les difficultés sont plus grandes quand un cas de ce genre se déclare dans une agglomération, comme une école ou une caserne. Avant qu'on ait pu faire le diagnostic, les malades ont pu contagionner leurs camarades, leurs voisins de lit ou de réfectoire. Il faudrait pour que la prophylaxie ait des chances d'être efficace, isoler pour une école toute une classe ; pour un régiment, toute une compagnie ou tout un bataillon. On conçoit l'impossibilité de cette mesure.

Quoiqu'il en soit, l'isolement du malade s'impose. A la caserne, l'isolement à l'infirmerie ne sera pas suffisant : il devra s'effectuer à l'hôpital, dans un

service de contagieux, jamais dans une salle commune.

Il ne sera pas mis en contact des autres militaires avant les trois semaines qui suivent la guérison. On lui fera prendre à ce moment un grand bain savonneux ou de sublimé.

Après la désinfection des linges et de la literie du sujet atteint, celle des locaux est aussi indiquée.

Il convient de dire qu'en certaines circonstances, en campagne notamment, la prophylaxie des oreillons est difficile, voire même impossible.

CONCLUSIONS

I. — Les oreillons, les travaux postérieurs au XVIII siècle l'ont démontré, ne sont pas une maladie toute locale, intéressant exclusivement la glande parotide, mais une infection générale de l'organisme avec localisation habituelle sur cette glande.

II. — A la faveur de cette conception, il est possible d'admettre que le microbe spécifique dont la détermination exacte n'est d'ailleurs pas encore établie, puisse envahir d'autres glandes de l'économie.

Circulant dans le sang, y réalisant une véritable septicémie temporaire, comme le font remarquer Claisse et Dupré, il pourra se localiser sur le testicule et l'ovaire comme sur les glandes sous-maxillaire et sublinguale.

La participation de ces glandes ne sera plus par suite considérée comme une complication des oreillons, mais comme une localisation du processus infectieux.

III. —Comme le montre la fréquence de l'orchite vers le dixième ou douzième jour de la maladie ourlienne, la phlegmasie de ces glandes est ordinairement consécutive à l'envahissement parotidien. On l'a vue cependant parfois le précéder et même exister sans lui.

En cas d'épidémie, le diagnostie s'impose. On comprend aisément, dans les cas sporadiques d'orchite, par exemple, devant quelles difficultés se trouve le médecin.

Le plus souvent, le diagnostie exact n'est pas posé parce que le médecin ne songe pas à la possibilité de ces cas frustes d'oreillons : il diagnostiquera une orchi-épididymite blennorragique ou alors poussé en cela par le malade qui ne manquera pas d'attribuer cette inflammation testiculaire à un choc ou à un coup reçu, il en fera une orchite traumatique.

IV. — Dans ces dernières années on a pu observer des cas de fièvre avec phénomènes gastriques sans manifestation glandulaire.

Les sujets qui en étaient atteints communiquaient à leurs camarades des oreillons typiques à localisation parotidienne.

Haury les désigne sous la dénomination de porteurs ignorés d'oreillons.

V. — Le médecin ne doit pas ignorer ces faits. Il doit isoler les suspects, dépister les sujets atteints

d'oreillons frustes qui vont, viennent, sèment la contagion parmi leurs camarades.

Il doit prendre, autant qu'il lui est possible, des mesures prophylactiques en vue d'enrayer la transmissibilité d'une maladie qui, pouvant entraîner une atrophie testiculaire double avec ses conséquences, ne saurait être regardée comme une affection légère et négligeable.

Vu : le Président de la thèse,
HUTINEL

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Boinet — Lyon méd., 1885.
Bordas. — Société de Biologie, 1889.
Bouchard. — In Th. Karth, 1883.
Bourcy. — Thèse de Paris, 1883.
Capuron. — Traité des maladies de l'enfance, 1820.
Cavière. — Bulletin médical, juin 1902.
Catrin. — Manuel de Médecine de Debove-Achard, 1897.
— Société méd. des Hôpitaux, 1892.
— Société méd. des Hôpitaux, 1894.
Claisse et Dupré. — Arch. de médec. expérim., 1894.
Colin. — Société méd. des Hôpitaux, 1876.
Comby. — Société des Hôpitaux, 1893.
— Collection Charcot-Debove, 1893.
D'Heilly. — Dictionnaire Jaccoud.
Dopter et Repaci. — Arch. de méd. expérim., 1909.
Ferrand. — Société méd. des Hôpitaux, 1888.
— Société méd. des Hôpitaux, mars 1894.
Gautier. — Revue méd. de la Suisse romande, 1883.
Girode. — Société de Biologie, 1894.
Guinon. — Traité de médecine, t. II, 1899.
Herber. — Thèse, 1899.
Human. — Americ. Journal of med. scient , 1855.
Jacob. — Recueil de méd. milit., 1875.
Joffroy. — Progrès médical, 1886.
Laveran. — Dictionnaire Dechambre.
Laveran et Catrin. — Société de Biol., janvier 1893.
— Soc. de Biol., mai 1893.

Laveran. — Académie de méd., 1897.
Martin. — Revue de médecine, mars 1894.
Merklen. — Soc. méd. des Hôpitaux, 1898.
Ollivier. — Académie de méd., 1885.
Peter. — Clin. de la Pitié, 1869.
Peyre. — Arch. de méd. et de pharm. milit. Paris, 1907.
Quinquaud. — Thèse agrég., 1880,
Rilliet. — Leçons de 1850.
Simonin. — Soc. méd. des Hôpitaux, 1901.
— Soc. méd. des Hôpitaux, 1903.
Sacquépée. — Arch. de méd. expérim., janvier 1902.
Tessier et Esmein. — Société de Biologie, 1906.

Imp. de la Librairie A. MALOINE [& FILS, 27, rue de l'École-de-méd. Paris. — 3653-18